

UFFICIO PER I SERVIZI A MINORI E FAMIGLIE  
DEL NEW YORK STATE (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
**DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI RISERVATE RELATIVE AI SERVIZI PER I MINORI**  
Commissione per i non vedenti del New York State (New York State Commission for the Blind)

Nome del partecipante: \_\_\_\_\_

Con la presente autorizzo la Commissione per i non vedenti del New York State (NYSCB) a ottenere o divulgare le informazioni seguenti necessarie per la pianificazione e l'erogazione efficace di servizi a beneficio di mio figlio/a. Potrò cambiare idea in merito alla divulgazione di queste informazioni, ad eccezione delle misure già adottate in virtù della mia autorizzazione, comunicando per iscritto alla NYSCB la mia intenzione di non divulgare ulteriori informazioni. La mia autorizzazione ai fini della richiesta o della divulgazione di queste informazioni sarà valida fino a quando mio figlio/a non riceverà più i servizi della NYSCB.

Tipo di informazioni: \_\_\_\_\_

Scopo e motivo per cui sono richieste le informazioni: \_\_\_\_\_

**Persona che divulga queste informazioni:**

Qualifica: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Interno: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_

Agenzia: \_\_\_\_\_

**Persona che riceve queste informazioni:**

Qualifica: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Interno: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_

Agenzia: \_\_\_\_\_

Comprendo che le informazioni specificate sono confidenziali e riservate e che sono ad uso esclusivo delle persone, delle agenzie o dei dipendenti delle strutture che partecipano al programma al quale è iscritto mio figlio/a.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE LEGALE

\_\_\_\_\_  
DATA

/ /